DE L'ASCITE

DANS

LES FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Juin 1908

PAR

Pierre CASANOUVE

Né à Lescun (Basses-Pyrénées), le 4 octobre 1875

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. De ROUVILLE, *président*.	MM. SOUBEYRAN, *agrégé*.
VALLOIS, *professeur*.	LEENHARDT, *agrégé*.

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. CASANOUVE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A MES MAITRES

P. CASANOUVE.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de ce travail, nous considérons comme notre devoir le plus cher et le plus doux de dédier cette thèse à notre mère affectionnée et à la mémoire de notre père vénéré, en témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous sommes également heureux d'adresser ici à tous nos maîtres un sincère hommage de notre plus vive gratitude.

Nous prions plus particulièrement M. le professeur de Rouville qui nous fait aujourd'hui l'honneur de présider cette thèse dont il nous avait indiqué l'étude, de vouloir bien agréer l'expression de notre plus affectueuse reconnaissance pour les nombreuses marques de bienveillance et de sympathie dont il nous a honoré en toute occasion. Nous garderons une profonde impression de ses excellentes leçons et nous nous plairons souvent à nous rappeler que nous devons nos connaissances en gynécologie à son savant enseignement. Enfin en disant un adieu bien triste à l'heureuse vie d'étudiant, nous regrettons surtout de nous séparer de nos amis les meilleurs et les plus sûrs. Nous pensons plus particulièrement à notre excellent ami le D[r] Camille Duverger, interne des hôpitaux de Paris, qui nous guida dans nos études et releva notre courage dans certaines heures difficiles.

———

DE L'ASCITE

DANS

LES FIBROMES UTÉRINS

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Si l'on consulte les traités de chirurgie et de gynécologie qui ont actuellement la faveur du monde médical, on s'aperçoit que les auteurs négligent complètement la présence des épanchements séreux péritonéaux au cours des tumeurs fibreuses de l'utérus. Cette négligence est sans doute volontaire ; soit qu'ils considèrent cette complication comme extrêmement rare, soit qu'ils la considèrent comme sans importance. MM. Schwartz et Heff, (*in* Ledentu et Delbet) en parlent incidemment comme complication de la torsion du pédicule et semblent croire que l'ascite ne se rencontre que dans ce cas. M. Pierre Delbet (*in* Duplay et Reclus) est un peu plus explicite.

« Si la tumeur est mobile, dit-il, elle détermine quel-
» quefois une certaine réaction péritonéale qui s'accuse
» par de l'ascite ou qui amène la formation d'adhé-
» rences.... L'ascite est rare ; quand elle existe, elle est
» peu abondante. On a cependant signalé des cas d'ascite
» considérable, se reproduisant sans cesse après la

malade qui avait fibrome et ascite ; mais la description qu'il donne du liquide fait plutôt penser à un épanchement purulent qu'à un épanchement séreux.

Richer enfin, en 1877, rapporte à la même société une observation que nous citons plus loin.

Bastard, dans sa thèse (1882), cite un cas de fibrome où l'on trouve à l'autopsie une quantité de liquide péritonéal trouble et chargé de flocons blanchâtres (la malade était morte infectée avec une thrombose de la veine fémorale).

Parmi les quatre observations de fibrome utérin que rapporte M. Terrier à la Société de Chirurgie, le 28 novembre 1883, une malade présentait une ascite volumineuse ; mais il n'insiste pas sur cette particularité.

Kœberlé, l'année suivante (1884), au Congrès de Copenhague, insiste sur les contre-indications opératoires de l'ascite abondante.

En 1888, Terrillon communique à la Société de Chirurgie de Paris, une observation d'ascite chyleuse très abondante au cours d'un petit fibrome utérin ; c'est à cette observation que font allusion MM. Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu.

En 1889, Coffin en dit quelques mots dans sa thèse ; mais c'est surtout M. Sébileau qui, dans sa thèse inaugurale sur « l'ascite dans les tumeurs de l'abdomen », est amené à plusieurs reprises à parler du sujet qui nous intéresse.

Pendant une longue période de sept ans, nous ne trouvons plus aucune publication faisant allusion à l'ascite dans les fibromes.

En 1897, Demautké en rapporte une observation dans sa thèse.

En 1903, paraissent pour la première fois des articles traitant spécialement de la question.

A. Doran la traite dans « The Lancet », et M. Delore y consacre un article dans la *Gazette des Hôpitaux* à l'occasion d'un fibrome avec ascite qu'il a opéré dans le service du professeur Poncet. Cet article résume l'état de la question, c'est la première fois qu'une tentative a été faite pour exposer d'une façon complète la pathogénie de ces ascites, leur pronostic et leurs indications opératoires.

Le travail que nous entreprenons a un but analogue, mais nous essaierons d'être plus complet s'il est possible. A l'aide des observations nouvelles que nous apportons ajoutées à celles que nous avons pu recueillir çà et là dans les écrits des cinquante dernières années, nous allons essayer de préciser l'étiologie de l'ascite au cours des fibromes utérins, les caractères du liquide et du péritoine, le mécanisme qui la produit, enfin les symptômes qui permettent de la reconnaître, et surtout l'influence qu'elle peut avoir au point de vue du traitement chirurgical à mettre en œuvre.

ETIOLOGIE

La première question à élucider est celle de la fréquence de l'ascite dans les fibromes. Nous ne voulons certainement pas dire que l'ascite est très fréquente, mais nous prétendons qu'elle est beaucoup moins rare que les traités classiques ont l'air de le croire.

M. Sébileau a rélevé les tumeurs abdominales publiées pendant 25 années consécutives dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* : sur 39 kystes de l'ovaire, 30 fois il n'est pas question d'épanchement péritonéal, deux fois on signale son absence, sept fois il y en avait.

Sur 30 fibromes utérins, il y avait sept fois de l'ascite ; une fois son absence est signalée ; 22 fois il n'en est pas question. D'après cette statistique, l'ascite serait plus fréquente dans le fibrome que dans les kystes, puisqu'on la rencontre 7 fois sur 30. au lieu de 7 fois sur 39.

Pendant son internat chez Terrillon, le même auteur a observé 48 tumeurs abdominales dont 8 s'accompagnaient d'ascite ; parmi ces 8, 6 kystes de l'ovaire et un seul myome utérin.

M Platon, en dix ans de clientèle, a observé plus de 60 fibromes utérins et deux fois seulement il constate de l'ascite. Si nous comparons ces statistiques, nous voyons dans la première 7 ascites sur 30 ; dans la troisième, 2

seulement sur 60 ; il est probable que la vérité est entre ces deux extrêmes, on peut évaluer approximativement à 1 p. 10, les cas de fibrome qui s'accompagnent d'ascite. Cette proportion est d'ailleurs celle qu'a trouvée M. Delore : « sur près de 200 observations que nous avons parcourues, dit-il, soit à la clinique du docteur Poncet, soit dans les thèses de ces dernières années, nous ne trouvons qu'une proportion de 11 °/ₒ et encore s'agit-il presque toujours d'une petite ascite, sentie par le toucher vaginal ou révélée par l'opération ».

Cette proportion est certainement faible, mais si l'on considère la fréquence extrême du fibrome il faut bien admettre que le chirurgien se trouvera assez souvent en présence de cette complication.

Pour ce qui est de la fréquence relative par rapport au kyste de l'ovaire, la première statistique de M. Sébileau nous semble manifestement fausse tandis que la secondè est beaucoup plus près de la vérité. Voici d'ailleurs ce que dit cet auteur :

« Une opinion courante est que l'ascite est rare dans les myomes utérins : tous les livres de gynécologie classique le disent ; quelques-uns même ne signalent pas cette complication comme si elle constituait une exception pathologique. Nous croyons que cette extrême rareté de l'épanchement péritonéal consécutif au développement du fibrome a été exagérée : Dans le tableau que nous avons dressé plus haut, on peut voir que sept fois sur trente cas, l'ascite existait.

» A la vérité, nous ne croyons pas cette proportion exacte ; à ce compte, le myome viendrait dans la statistique bien avant le kyste de l'ovaire et nous ne pensons pas que cela soit vrai. »

L'âge des malades semble n'avoir aucune influence

sur l'apparition de l'ascite : la plus jeune des femmes dont nous rapportons plus loin l'observation, avait 32 ans (observ. 4), au moment où l'on diagnostique un fibrome accompagné d'un volumineux épanchement. La plus âgée avait 56 ans (observ. 10). L'âge de nos autres malades s'échelonne assez régulièrement entre ces deux extrêmes : 35, 39, 41 ans, etc.

Il en est tout autrement du point d'implantation de la tumeur fibreuse sur l'utérus.

Chacun sait que les fibromes peuvent s'implanter sur le col ou sur le corps. Sur le col ils naissent soit sur le museau de tanche et alors ils se développent dans le *vagin*, soit sur la portion *sus-vaginale* envahissant le petit bassin, le cul de-sac de Douglas et la base du ligament large dont ils peuvent écarter peu à peu les feuillets pour se coiffer du péritoine.

Les fibromes du corps peuvent être *sous-muqueux*, pédiculés (polypes) ou sessiles ; ils ont toujours dans ce cas un développement intra-utérin ou vaginal ; ils peuvent être *interstitiels* ou *sous-péritonéaux*. Ces dernières variétés sont surtout intéressantes pour nous. En effet, si nous parcourons nos observations, nous trouvons que la tumeur est implantée une seule fois à la face postérieure du col, portion sus-vaginale par un long pédicule étroit (observ. 4). Deux fois le point d'implantation exact n'est pas signalé. Dans tous les autres cas elle est reliée au corps utérin. Parmi ces dernières, 4 fois la tumeur est distincte de l'utérus et lui est reliée par un pédicule plus ou moins long, plus ou moins large, 4 fois elle fait corps avec la matrice ; nous avons affaire à un fibrome interstitiel.

Après cela, nous pouvons dire que l'ascite ne se développe jamais après les fibromes du museau de tanche, ni après les fibromes sous-muqueux du corps. Il était d'ail-

leurs facile de le prévoir, car ces deux variétés se développent par en bas vers le vagin et le périnée ; ce ne sont pas des tumeurs abdominales ; elles n'ont rien de commun avec la séreuse péritonéale. Elle est possible mais exceptionnelle après les tumeurs du col, car il est rare de voir ces dernières s'étirer vers la grande cavité abdominale comme celle dont il est question plus loin.

Les variétés de fibrome qui, en pratique, peuvent s'accompagner d'ascite sont les fibromes du corps utérin avec une plus grande fréquence peut-être pour les tumeurs sous-péritonéales pédiculées que pour les interstitielles. Nous ne parlons pas ici du rôle du pédicule auquel les auteurs semblent attacher tant d'importance, car nous y reviendrons en étudiant la pathogénie.

Le volume de la tumeur doit aussi être envisagé ; on peut penser *a priori* que les grosses tumeurs doivent plus souvent s'accompagner d'ascite ; cela est vrai, mais un volume considérable n'est pas indispensable. Sur les 12 cas que nous avons réunis, une fois le volume n'est pas signalé, une fois il égale le volume d'une orange, une fois celui de deux poings, deux fois celui d'une tête de fœtus, 3 fois une tête d'adulte ; dans les autres cas, c'est-à-dire quatre fois, il s'agit d'une tumeur énorme. Le gros volume du myome peut donc être considéré comme une cause d'ascite mais non une cause absolument indispensable puisque dans les cas de Terrillon et de Cruveilhier un épanchement considérable s'est reproduit à plusieurs reprises avec une tumeur dont le volume n'excédait pas celui d'une orange.

L'accroissement rapide de la tumeur est aussi une cause adjuvante, la plupart des tumeurs dont il est question plus loin ont évolué avec rapidité : en deux mois, six mois, huit mois ; presque toutes en moins de deux ans ;

seules les malades de M. Terrillon et la nôtre font remonter le début de leurs accidents six à huit ans avant l'époque où la tumeur est devenue intolérable.

Quant à sa nature exacte, elle ne semble pas avoir d'importance : les fibromes kystiques dont une partie de la masse est occupée par des cavités remplies de liquide séreux ou sanguinolent, ne sont pas une cause plus fréquente que les autres puisque nous n'en trouvons que trois sur douze.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'abondance du liquide épanché est presque toujours très minime, disent les traités classiques que nous avons cités au début. Parfois, dit M. Coffin (Thèse Paris, 1889), quand la tumeur est volumineuse, il y a un peu de liquide péritonéal, mais en très petite quantité ordinairement ; il n'est jamais assez considérable pour gêner l'examen de la tumeur, sur laquelle on arrive aisément en déprimant la paroi abdominale.

Si l'on parcourt les observations que nous avons recueillies, on est obligé d'arriver à une conclusion tout à fait opposée.

La première malade dont parle Cruveilher dut être ponctionnée vingt fois, et elle l'aurait été plus souvent si elle n'était pas morte de péritonite aiguë à la vingtième.

La deuxième avait été ponctionnée soixante fois. Richer (Obs. III) parle d'un liquide citrin très abondant. Dans les observations suivantes, nous trouvons successivement 4, 6, 14, 8, 10, 25 litres de liquide.

Seul, M. Platon, dans une des deux observations qu'il nous a communiquées, parle de liquide citrin assez abondant dans le cul-de-sac de Douglas ; c'est le seul cas où l'ascite n'était pas assez abondante pour envahir la

grande cavité péritonéale et était restée limitée dans le petit bassin ; c'est aussi le seul cas où elle n'avait pas été diagnostiquée avant l'ouverture du péritoine.

D'après notre statistique, il faudrait donc admettre que, contrairement à l'opinion admise, l'ascite est opaque, toujours très abondante quand elle accompagne le fibrome. En réalité, nous pensons que ce résultat n'est pas conforme à la vérité. Il est fort probable que l'ascite peu abondante est beaucoup plus fréquente que ne le feraient croire nos observations, seulement elle n'est pas diagnostiquée cliniquement ; au moment de l'intervention, on ne la remarque pas. Mélangée au sang qui s'amasse en quantité plus ou moins grande dans les parties déclives du péritoine, elle est retirée avec lui à la fin de l'acte opératoire, au moment où l'on fait la toilette de la séreuse. Nous pouvons donc admettre que la quantité de liquide épanché est très variable, et que l'on peut voir, suivant les cas, de quelques cuillérées amassées dans le cul-de-sac de Douglas à 25 litres et plus, occupant tout l'abdomen, distendant les parois et faisant bomber la cicatrice ombilicale.

Le plus souvent, cet épanchement est formé d'un liquide clair, citrin, transparent, rappelant en tous points celui de l'hydrocèle ; parfois il est un peu trouble, de couleur jaune verdâtre quand on le voit sur une assez grande épaisseur.

Il est fluide, plus onctueux que l'eau et mousse facilement si on l'agite un peu vite ou si on le verse de haut dans un vase. Sa densité varie de 1,005 à 1,021, légèrement inférieure à celle des liquides pleuraux ; il est neutre ou alcalin. L'analyse chimique montre qu'il est composé d'eau contenant des sels et des substances albuminoïdes. Le chlorure de sodium y est en même proportion

que dans le sérum sanguin. On y trouve de l'albumine, de la paralbumine. La fibrine est à peu près constante, mais en quantité très variable ; sa présence et sa quantité offrent un intérêt tout particulier pour expliquer la pathogénie du liquide. On sait, en effet, que la présence de fibrine dans un épanchement permet d'assigner au liquide une origine inflammatoire, tandis que son absence doit au contraire faire penser à une simple transsudation par stase, comme il peut s'en produire à la suite de toute gêne de la circulation.

L'examen histologique du liquide présente un intérêt analogue. On rencontre des cellules endothéliales larges, desquamées de la séreuse, des leucocytes mono et poly-nucléaires et toujours un certain nombre de globules rouges. Cette présence de leucocytes, lorsqu'elle s'ajoute à celle de la fibrine, est encore plus en faveur de l'origine inflammatoire ; enfin la proportion relative entre les mono et les poly-nucléaires peut permettre dans une certaine mesure de connaître l'intensité de la réaction péritonéale.

Dans presque tous les cas le liquide est tel que nous venons de le décrire ; cependant il peut être hémorragique ou même très exceptionnellement chyleux.

Deux de nos observations mentionnent un épanchement rougeâtre ou séro-sanguinolent ; la proportion de globules rouges est très variable ; on peut rencontrer toutes les nuances, depuis le liquide légèrement teinté en rose jusqu'au sang rouge vif. L'ascite chyliforme observée par Terrillon est la seule de cette nature qui ait été rencontrée au cours d'un fibrome utérin.

L'aspect de la séreuse péritonéale est aussi variable que la quantité du liquide ; et elle est variable non seule-

ment d'une malade à l'autre, mais encore d'un point à un autre chez la même malade.

On peut distinguer deux variétés d'aspect bien tranché : tantôt la séreuse est pâle, mince, lisse, terne, d'aspect lavé, semblable à la vaginale au cours de l'hydrocèle ; tantôt elle est rouge, vascularisée, épaissie, rugueuse, veloutée ou même recouverte de néomembranes simples ou stratifiées comme celles que signale Cruveilher dans sa deuxième observation.

L'aspect inflammatoire du péritoine est certainement de beaucoup le plus fréquent ; quatre de nos observations signalent une séreuse rouge, tomenteuse, saignant facilement au moindre contact ou même spontanément. Les autres observations sont muettes à ce sujet, mais cinq d'entre elles signalent une particularité très importante constituée par les adhérences.

Ces adhérences accompagnent presque toujours l'ascite; elles réunissent la tumeur fibromateuse à l'épiploon ou à l'intestin, d'autres fois à la paroi antérieure ou au détroit supérieur. Nous trouvons la tumeur adhérant une fois à l'intestin et au mésentère (Obs. 3), une fois à l'épiploon (Obs. IV), une fois aux deux ligaments larges (Obs. V), une fois à la paroi (Obs. IX), une fois enfin au détroit supérieur (Obs. 12).

Cette fréquence des adhérences présente une très grosse importance au point de vue des difficultés que le chirurgien doit s'attendre à rencontrer au cours de l'intervention et surtout au point de vue de la pathogénie de l'affection.

PATHOGÉNIE

Le mécanisme par lequel l'ascite se forme au cours du fibrome utérin est des plus obscurs. Les théories imaginées pour l'expliquer confondent dans un même groupe les tumeurs de l'utérus et de l'ovaire, les tumeurs fibreuses solides et les tumeurs kystiques. M. Sébileau, dans sa thèse inaugurale, passe en revue les diverses théories proposées et les classe en quatre grandes variétés :

1° Celles qui font venir le liquide de la tumeur elle-même, par rupture ou sécrétion externe.

2° Celles qui attribuent le principal rôle à la compression directe des vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

3° Celles qui incriminent le mauvais fonctionnement du cœur ou des reins.

4° Celles enfin qui attribuent à l'ascite une origine péritonéale, par irritation mécanique ou infection.

Passons en revue ces quatre variétés :

La première doit être éliminée a priori, car elle ne saurait être appliquée qu'aux tumeurs kystiques, kyste de l'ovaire par exemple, et non au fibrome qui ne peut ni se rompre puisqu'il ne contient pas de cavité remplie de liquide, ni sécréter un liquide quelconque, cette fonction nécessitant la présence d'un épithélium qui manque totalement ici ; l'on objectera qu'il existe parfois des cavités à

l'intérieur du fibrome, remplies d'une sérosité rougeâtre comme celle que rencontrèrent Cruveilher ou Demantké mais c'est là deux cas isolés sur les douze que nous avons réunis et si nous admettions pour eux cette explication (que rien ne prouve vraie) il n'en serait pas moins évident qu'elle est absolument fausse pour tous les autres qui représentent la grande majorité des cas.

La compression directe des vaisseaux sanguins ou lymphatiques doit être prise en plus sérieuse considération, car elle a été pendant longtemps presque exclusivement invoquée. Elle a beaucoup perdu de partisans à l'heure actuelle et non sans raisons.

Considérons en effet quelles sont les causes habituelles de l'ascite par stase. Les compressions lymphatiques ? Nous n'en connaissons pas d'exemple certain. — Restent les compressions veineuses. La gêne de la circulation dans le territoire de la veine cave détermine de l'œdème des membres inférieurs, et des organes génitaux, une infiltration de la paroi abdominale mais généralement pas d'ascite. Cette dernière n'apparaît que si la gêne circulatoire siège très haut au dessus de l'abouchement des veines sus-hépatiques ; c'est pourquoi elle est si fréquente au cours de l'asystolie, alors que le sang reflue de l'oreillette droite dans la veine cave inférieure et de là dans les veines sus-hépatiques, amenant un relentissement de toute la circulation porte. La stase dans la circulation porte, voilà la véritable cause de l'ascite non inflammatoire ; et cela se conçoit aisément si l'on considère que cette veine résume toute la circulation de retour de l'appareil digestif sous-diaphragmatique, que ses radicules d'origine cheminent sous le péritoine viscéral dans toute son étendue, sous la partie dorsale du péritoine pariétal ; et que seul le péritoine de la partie antérieure et le péritoine dia-

phragmatique sont sous la dépendance de la circulation cave. L'influence presque exclusive de la circulation porte dans la pathogénie de l'ascite non inflammatoire est d'ailleurs assez clairement prouvée cliniquement par la fréquence de l'ascite dans les affections du foie.

La question se résume donc à savoir si les fibromes utérins compriment fréquemment la veine porte ou ses branches principales. Il est évident qu'une tumeur développée dans le petit bassin sera bien vite assez volumineuse pour gêner le retour du sang dans une ou les deux veines iliaques primitives, qu'elle pourra même un peu plus tard comprimer l'origine de la veine cave, mais nous voyons beaucoup moins facilement comment elle irait presser sur la veine porte qui commence très haut derrière le pancréas et qui, dans presque toute son étendue, est préservée par le foie qui recouvre le petit épiploon et la première portion du duodénum comme un véritable couvercle.

Il faudrait que la tumeur soit énorme, et remonte sous les dernières côtes. Ces conditions ont été réunies une seule fois (Obs. III) parmi les cas cités plus loin.

La tumeur (26 kgs.) refoulait la base du thorax en l'élargissant, le ventre était énorme, la paroi œdématiée et sillonnée de veines très dilatées, signe évident de la gêne de la circulation profonde. Le mécanisme de la compression veineuse par la tumeur peut donc être admis mais à titre exceptionnel, et encore faut-il se demander si cette compression n'agit pas davantage par son retentissement sur le cœur et sur les reins que par la transsudation immédiate qu'elle provoque.

Nous sommes donc amené à envisager la troisième catégorie des causes invoquées : le mauvais fonctionnement du rein et du cœur.

Il n'est pas besoin d'insister sur la réalité des ascites d'origine cardiaque ou rénale, de même il est évident que la présence d'un fibrome ne met pas à l'abri d'une affection du cœur ou du rein ; par conséquent l'ascite évoluant parallèlement au fibrome et non causée par lui, est possible.

Mais la question qui se pose est tout autre ; il s'agit de savoir si le fibrome peut à lui seul déterminer cette maladie du cœur ou du rein qui ensuite occasionnera l'ascite.

Nous pensons que oui, mais seulement si la tumeur est très volumineuse. Nous avons vu qu'un fibrome pouvait facilement comprimer l'origine de la veine cave inférieure ; s'il prend un volume considérable, la compression pourra s'exercer plus haut, il en résultera une stase dans les veines rénales, de la congestion passive des reins, et cette congestion prolongée déterminera au niveau de ces organes des lésions de néphrite chronique ; d'où albumine, œdème et ascite.

Du côté du cœur, le mécanisme est un peu plus compliqué, mais est cependant assez facile à comprendre.

Les malades porteurs de fibromes très volumineux sont presque toujours dans un état général mauvais à cause des douleurs, des troubles digestifs et des pertes de sang ; en outre la tumeur gêne la respiration ; elle gêne la circulation, toutes causes qui obligent le cœur à fournir un surcroît de travail. Et comme, d'autre part, le myocarde prend part à l'état de cachexie de tout l'organisme, il se fatigue vite, le cœur se laisse dilater, l'asystolie apparaît avec son cortège d'œdèmes, parmi lesquels l'épanchement ascitique. Nous n'insistons pas sur le retentissement secondaire du cœur sur le rein et du rein sur le cœur, si bien qu'en définitive l'ascite reconnaît une origine à la fois rénale et cardiaque, le *primum movens*

ayant été la gène mécanique apportée par le gros volume de la tumeur.

Ce mécanisme séduisant est cependant rare ; il ne peut être invoqué avec quelque vraisemblance qu'une seule fois parmi les cas réunis par nous ; la véritable cause de l'ascite dans les fibromes doit être recherchée parmi la quatrième variété de théories : celle qui l'attribue à une inflammation du péritoine.

La preuve de l'origine inflammatoire presque constante a été faite par ce que nous avons dit plus haut de la nature du liquide et de l'état du péritoine.

Nous avons vu que le liquide contenait presque toujours de la fibrine en quantité plus ou moins grande et que l'examen histologique y révélait à peu près constamment des mono ou des poly-nucléaires abondants. Ce sont là des caractères évidents d'un épanchement inflammatoire.

S'il s'agissait d'un liquide de stase, on ne trouverait pas de fibrine et les éléments cellulaires ne seraient représentés que par quelques placards endothéliaux.

L'état de la séreuse n'est pas moins caractéristique. Presque toujours les observateurs remarquent l'aspect rouge, tomenteux de la séreuse ; quelques-uns, comme Cruveilher, l'ont vue recouverte de véritables fausses membranes ; enfin il existe presque toujours des adhérences. Un seul de ces détails suffirait pour affirmer l'existence d'une inflammation péritonéale ; il ne reste donc aucun doute possible à cet égard.

Mais l'origine inflammatoire démontrée, le problème n'est pas encore complètement résolu ; il reste à trouver pourquoi elle se produit.

On peut invoquer l'infection ou l'irritation mécanique. L'infection est possible ; dans deux de nos observations

(8 et 10), nous trouvons signalée une inflammation des annexes qui pourrait, à la rigueur, expliquer l'épanchement péritonéal.

La théorie des fibromes qui leur attribue une origine inflammatoire pourrait aussi être retenue, et l'on admettrait que la même inflammation se transmet à la séreuse, mais ce sont là des hypothèses un peu vagues et nous préférons admettre avec le plus grand nombre des auteurs que l'irritation mécanique est la principale cause de la réaction péritonéale.

L'opinion la plus courante à cet égard est qu'une grande mobilité de la tumeur, et par conséquent un pédicule assez mince et long, est nécessaire pour que l'irritation mécanique se produise. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les quelques opinions que nous avons rapportées au début ; bien plus, MM. Schwartz et Hepp pensent que la torsion du pédicule est nécessaire pour produire l'ascite. M. Delore, qui a opéré un fibrome sessile immobile compliqué d'une volumineuse ascite croit cependant, lui aussi, que la mobilité de la tumeur joue un rôle dans la formation de l'ascite, mais il apporte une restriction. « Il nous semble, dit-il, que pas n'est besoin d'une tumeur qui ballotte dans le péritoine pour irriter la séreuse et la faire sécréter. » Nous sommes entièrement de cet avis, car si nous parcourons nos observations, nous voyons quatre fois seulement un pédicule long et mince ; deux fois (Obs. XI et XII), il est trop large ou trop court pour permettre à la tumeur de ballotter, quatre fois il n'y a pas de pédicule, le myome fait corps avec l'utérus. D'ailleurs l'on peut très bien concevoir que la présence d'une masse volumineuse dans la cavité péritonéale suffise pour irriter la séreuse ; il n'est point besoin d'admettre qu'elle est mobile. Qu'est-ce

qui produit en effet l'inflammation ? Le frottement de la séreuse contre la tumeur. Est-ce que les organes contenus dans l'abdomen, l'intestin surtout, ne présentent pas une mobilité suffisante pour que ce frottement se produise ?

Nous admettons donc, pour conclure, que l'ascite au cours des fibromes utérins est très rarement causée par une transsudation simple hors des vaisseaux ; qu'elle est dans presque tous les cas secondaire à une irritation mécanique du péritoine par la tumeur sans que cette irritation exige la mobilité de la tumeur et la présence d'un pédicule.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Cliniquement l'ascite secondaire au fibrome utérin ne présente pas de caractères bien particuliers.

Elle se caractérise par la sensation de flot, la matité dans les parties déclives, variable avec la position du malade ; cependant, il peut exister une modification du fait de la tumeur qui, refoulant les anses intestinales, peut changer la forme de la zone sonore habituelle dans l'ascite simple. En outre, nous avons vu que les adhérences entre la tumeur et la paroi étaient fréquentes; aussi conçoit-on la possibilité de cloisonnements empêchant la mobilité du liquide d'être aussi grande qu'à l'état normal.

Ajoutons qu'elle déterminera des troubles fonctionnels : troubles digestifs, gène de la respiration, dyspnée, plus vite qu'une ascite simple, puisqu'à la compression du liquide s'ajoute celle de la tumeur sous-jacente

Ces ascites abondantes auxquelles s'adresse la description ci-dessus seront toujours diagnostiquées facilement mais en revanche elles peuvent gèner la palpation et égarer le diagnostic de la tumeur elle-même.

Chacun sait qu'elles sont plus fréquentes au cours du kyste de l'ovaire, aussi pourraient-elles faire passer à côté d'un fibro-myome. Pour ces raisons, en présence d'une ascite et d'une tumeur, il faudra faire avec soin la

palpation profonde pour tâcher de reconnaître exactement la forme et la consistance de la tumeur, évitant de prendre pour une fluctuation kystique celle de l'épanchement abdominal. L'examen sera complété par le toucher bimanuel pour tâcher de bien préciser les rapports de l'utérus avec la tumeur, et par l'hystérométrie qui pourra rendre de grands services lorsque les examens précédents auront été gênés par un épanchement abondant qui distend la paroi.

Lorsque l'épanchement ascitique est peu abondant et la tumeur assez volumineuse, il en est tout autrement :

On reconnaît facilement la tumeur mais on méconnaît encore plus facilement l'ascite ; il faut donc la rechercher systématiquement par le toucher vaginal qui permettra parfois de diagnostiquer des épanchements très peu abondants limités au cul-de-sac de Douglas.

Par le toucher on pourra reconnaître : 1° un abaissement de la matrice et des culs-de-sacs vaginaux. Ce symptôme est inconstant, mais s'il manque on recherche les deux suivants :

2° Diminution du poids de l'utérus que Tripier a expliqué par la loi de physique bien connue : Tout corps plongé dans un liquide perd une partie ou totalité de son poids égale au poids du liquide qu'il déplace.

3° Mobilité caractéristique du col, signe découvert par Scanzoni qui dit : « Nous avons vu plusieurs fois, et cela n'est pas sans importance pour le diagnostic de l'ascite, que, dans cette dernière maladie, la matrice et le cul-de-sac du vagin ont souvent une position très basse. L'utérus présente en outre une mobilité très considérable, de telle sorte que le corps de cet organe change de place, lorsqu'on exerce une légère pression sur la portion vaginale ; réciproquement on voit la portion vaginale suivre les mouve-

ments que l'on imprime au liquide renfermé dans la cavité abdominale, en percutant la paroi de cette cavité.»

Ces trois symptômes réunis ou isolés prennent une grande importance pour le diagnostic des petits épanchements péritonéaux ; ils permettent, au dire de M. Tripier, de diagnostiquer l'existence d'un épanchement ne dépassant pas 2 à 300 grammes.

Par ces procédés d'exploration on arrive à reconnaître la présence du liquide, à préciser à peu près sa quantité, mais on n'a aucune indication sur sa nature. A vrai dire, cela est en général peu important puisque le liquide est presque toujours citrin plus ou moins foncé ; aussi dans les cas simples où le diagnostic de fibro-myome utérin est évident, s'en tiendra-t-on là et ne recourra-t-on pas à la ponction exploratrice qui seule peut nous dire d'une façon précise si l'épanchement est citrin, hémorragique ou chyliforme. Si les symptômes et l'évolution de la tumeur ont une allure moins tranchée, s'ils laissent des doutes sur la nature de la tumeur, en un mot si l'on craint un néoplasme malin, la ponction sera indiquée, et si elle ramène un liquide hémorragique, ce sera en faveur de la malignité. En faveur seulement et non un signe certain ; l'ascite hémorragique n'est pas impossible dans le fibrome puisque nous en rapportons deux observations, mais elle est très rare et sur les deux cas précités un au moins, celui de Cruveilher, est douteux bien que ce chirurgien se refuse absolument à considérer comme maligne la tumeur trouvée à l'autopsie.

Quant à l'ascite banale, elle n'a aucune valeur pour le diagnostic de la malignité, vu sa fréquence assez grande au cours des tumeurs bénignes de l'utérus.

PRONOSTIC

Le diagnostic de fibro myome utérin compliqué d'ascite étant bien établi, il faut se demander quelle est la valeur pronostique de cette complication et quelle sera son influence sur l'évolution de la tumeur.

Dans les cas où le liquide est peu abondant, où il est localisé au petit bassin et reste indéfiniment stationnaire, il ne comporte aucune signification spéciale, il n'assombrit en rien le pronostic.

Il n'en est pas de même pour les grandes ascites nécessitant des ponctions fréquentes et se reproduisant avec rapidité comme la plupart de celles que nous avons réunies.

Dans ce cas-là l'abondance du liquide ajoute à la gène déterminée par la tumeur ; elle augmente la dyspnée et la stase rénale contribuant ainsi à hâter les complications cardio-rénales qui à leur tour seront une cause d'augmentation plus rapide du liquide.

Elle aggrave aussi les troubles digestifs, enpêchant le malade de s'alimenter régulièrement, ce qui hâtera la cachexie et l'amaigrissement. Enfin la reproduction rapide de l'épanchement ascitique n'est pas sans inconvénient pour l'organisme. Ce dernier, qui est déjà affaibli par les hémorragies, les douleurs et les troubles digestifs,est obli-

gé de faire les frais de ces épanchements abondants perdant ainsi de l'eau, des sels, des albumines dont il aurait un besoin urgent.

Pour ces différentes raisons, l'ascite abandonnée à elle-même ou traitée par la ponction prend une importance considérable pour le pronostic de l'affection : elle contribue largement à l'affaiblissement de l'organisme et hâte la terminaison fatale.

TRAITEMENT

Cet exposé rapide des inconvénients de l'ascite nous amène naturellement à discuter de l'opportunité de l'intervention radicale et de ses résultats immédiats et éloignés.

La première question que doit se poser le chirurgien avant de décider l'intervention est de savoir si l'ascite est bien sous la dépendance du fibrome.

Nous avons vu, en discutant la pathogénie, qu'une ascite d'origine hépatique, cardiaque, rénale, pouvait évoluer parallèlement à un fibrome sans qu'il y ait entre les deux aucun rapport de cause à effet. La chose est rare, c'est certain, mais enfin elle est possible et cela suffit.

Aussi la première précaution à prendre sera d'examiner avec soin le foie pour voir s'il n'a pas subi des modifications de volume, s'il fonctionne avec régularité ; on recherchera avec soin une lésion mitrale qui pourrait être la cause initiale de la stase veineuse et de l'épanchement. Si cet examen est négatif, force sera de l'attribuer à la tumeur. S'il est positif, le problème devient plus complexe : il est fort possible que la lésion hépatique ou cardiaque soit la cause initiale de l'épanchement, mais il est des cas fréquents où la tumeur est une cause adju-

vante par les compressions mécaniques qu'elle exerce et les troubles de l'état général qu'elle entraîne.

Il peut être très difficile de rapporter exactement à chacun des organes la part qui lui revient dans l'étiologie de l'épanchement; tous les intermédiaires peuvent exister entre le cas où le cœur est la seule cause et celui où la tumeur détermine à elle seule l'épanchement. Dans ce cas intervient le sens clinique du chirurgien, qui n'ouvrira pas le ventre à une cardiaque en asystolie par suite d'une ancienne lésion mitrale sous le prétexte qu'elle est porteuse d'un fibrome gros comme une orange. Inversement, en présence d'une énorme tumeur déterminant des troubles fonctionnels intenses, ce n'est pas l'existence d'un léger souffle mitral qui doit empêcher d'intervenir.

Cette première éventualité étant mise à part, admettons maintenant que l'ascite est nettement sous la dépendance de la tumeur, quelle sera la conduite qu'il faudra tenir?

Les auteurs ne sont pas unanimes à cet égard.

« L'ascite, la marche galopante de la tumeur constituent des indications précises d'intervention, dit M. Pierre Delbet (*in* Traité Duplay et Reclus).

» Parmi les indications d'hystérectomie abdominale, M. Pozzi cite l'ascite produite par l'irritation d'un corps fibreux très mobile.»

» L'ascite en tant qu'ascite ne contre-indique jamais l'opération, dit M. Sébileau dans sa thèse inaugurale. Elle doit la commander et même la hâter. »

« D'après ce que nous avons vu, écrit M. Delore (*Gaz. des Hôp.*, 28 mai 1903, après avoir relaté l'observation que nous rapportons plus loin) et eu égard à l'heureuse issue de l'intervention dans notre observation où l'état général de notre malade était assez précaire, où l'ascite était

énorme, nous serions tenté de considérer l'ascite plutôt comme une indication opératoire que comme une contre-indication. C'était déjà ce que Sébileau disait en 1889 dans sa thèse : la gêne énorme que cause la présence d'une grande quantité de liquide intra-abdominal, les troubles respiratoires et cardiaques dont sont menacés les malades, les troubles digestifs à peu près constants en pareil cas, sont, semble-t-il, des raisons suffisantes pour assombrir le pronostic si l'obstacle n'est pas promptement levé et, d'autre part, l'ascite ne paraît pas modifier le pronostic opératoire autrement qu'en modifiant l'état général ».

Kœberlé (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1884, p. 111) est d'un avis diamétralement opposé. Parmi les contre-indications opératoires de fibrome, il place l'ascite abondante en bonne place à côté d'affections chroniques graves : « Il y a contre-indication, dit-il, lorsqu'il existe un épanchement ascitique qui tend à augmenter et à se reproduire très rapidement, car l'ascite stationnaire ou lente à se reproduire n'est pas une contre-indication. »

Plus loin, à une objection de Olshausen qui avait trouvé les contre-indications de la laparotomie multipliée outre mesure, Kœberlé répond (au sujet de l'ascite) : « Les contre-indications que j'ai posées ne sont pas absolues au point de vue opératoire. J'ai établi quels sont les cas qui sont susceptibles d'être traités facilement en donnant des résultats brillants, et quels sont les cas qui donnent en général des résultats désastreux en me basant sur mon expérience personnelle.

» Ainsi dans deux cas d'ascite rapide où les malades étaient ponctionnées tous les huit ou quinze jours avec une dizaine de litres de liquide ascitique, l'intervention était urgente, j'ai opéré ; mais chaque fois l'ascite s'est reproduite plus rapidement encore, inondant le ventre des

opérées. L'une d'elles est morte en quelques heures dans la journée, l'autre au bout de 24 heures d'affaiblissement progressif.

» D'autre part, dans divers cas compliqués d'un épanchement ascitique à formation lente, de plusieurs litres, les opérées ont partiellement guéri suivant les cas particuliers. »

Nous nous trouvons donc en présence de deux opinions bien tranchées : les auteurs français d'une part, qui considèrent l'intervention rapide indiquée dans tous les cas d'ascite abondante si l'état général le permet.

Kœberlé, d'autre part, qui établit une distinction entre les ascites à évolution lente et celles dont le liquide se reproduit rapidement. Interventionniste dans le premier cas, il combat l'opinion des Français dans le second, parce que son expérience personnelle lui a prouvé dans deux cas que l'intervention était suivie d'un désastre.

Dans la plupart de nos observations, il est vrai, on ne remarque pas une reproduction du liquide aussi rapide que dans les deux cas de Kœberlé ; cependant il est noté une fois (obs. V) que le liquide se reproduit très rapidement après la ponction, ce qui n'empêcha pas la malade de guérir parfaitement après l'intervention. Deux autres fois on signale une abondance d'ascite considérable et l'intervention aboutit à la guérison. Il semble donc, d'après cela, que Kœberlé se soit exagéré la gravité de l'intervention ; d'ailleurs il ne cite que deux cas à l'appui de sa thèse, ce qui est manifestement insuffisant.

Passons successivement en revue nos 12 observations. Nous trouvons d'abord trois observations antérieures à la période antiseptique alors qu'on n'ouvrait pas le ventre aussi délibérément qu'à l'heure actuelle. Ces trois mala-

des sont abandonnées à elles-mêmes ; les trois fois l'affection se termine par la mort.

Une autre fois (Observ. XI), la malade ne peut être opérée à cause de son état général trop mauvais et de l'état d'infection où l'avait placée un autre fibrome sphacélé dans la cavité utérine. La mort survint. Toutes les autres malades subirent la laparotomie.

M. Terrillon, jugeant qu'une tumeur si petite (volume d'une orange) ne pourrait occasionner une ascite aussi abondante avec lésion péritonéale étendues se contenta de vider la séreuse sans toucher à la tumeur : le liquide se reproduisit rapidement, les sept autres fois le chirurgien pratiqua l'extirpation complète de la tumeur avec ou sans hystérectomie et chaque fois la guérison fut obtenue. Parfois les résultats ultérieurs n'ont pas été signalés par les auteurs, mais dans d'autres nous pouvons constater la persistance du bon résultat obtenu.

M. Terrier (Observ. V) parle, le 28 novembre, d'une opération qui a eu lieu le 10 juillet : la guérison est complète, l'ascite ne s'est pas reproduite bien que cinq mois se soient écoulés. Il en est de même de la malade que nous avons observée dans le service de M. le professeur de Rouville et à l'occasion de laquelle nous avons écrit cette thèse. Cette dame (Observ. XII) écrit à la date du 1er juin à M. de Rouville qu'elle jouit actuellement d'une excellente santé et qu'elle a retrouvé depuis son opération le bien-être, la quiétude et la gaieté de caractère des jours les plus heureux de sa vie. L'ascite ne s'est pas reproduite. La guérison est complète.

M. Delore opère sa malade le 7 octobre ; le 8 janvier suivant il la revoit en parfait état ; « l'ascite ne s'est nullement reproduite, un toucher vaginal minutieux ne révèle pas le plus petit épanchement ». Le 25 mars, cinq

mois après l'intervention il la revoit de nouveau et l'excellence du résultat ne s'est pas démentie.

M. Platon (Observ. X), revoit sa malade tous les mois, elle est en état parfait et ne présente aucun trouble.

Ces exemples nombreux prouvent, mieux que tous les raisonnements, quels sont les résultats que l'on peut obtenir par une intervention complète pratiquée à temps.

Ils permettent de réfuter victorieusement les arguments de M. Kœberlé, basés sur deux cas malheureux et de dire avec les auteurs français que l'ascite, quelles que soient son abondance et la rapidité avec laquelle elle se reproduit, ne contre-indique jamais l'intervention. Bien au contraire, elle est une indication pressante à cause de son retentissement défavorable sur l'état général.

L'état de maigreur et de cachexie de la malade doit être pris en sérieuse considération avant de recourir à l'ablation de la tumeur.

Parfois la malade vient demander l'aide du chirurgien quand elle est complètement à bout de forces : devra-t-il intervenir ? La décision est délicate à prendre mais elle doit reposer sur cette seule question : La malade est-elle en état de supporter le shock opératoire ?

Si l'on juge que non, bien entendu il faut s'abstenir ; mais si le chirurgien pense qu'elle puisse supporter le chloroforme et la laparotomie, il ne doit pas hésiter à proposer énergiquement l'ablation de la tumeur : c'est la seule chance qui reste à la malade de ne pas mourir sous peu, emportée par la cachexie progressive en quelque complication cardio-pulmonaire. Nous n'en voulons pour preuve que les cas non opérés rapportés plus loin.

On pourrait craindre peut-être que l'ascite complique le manuel opératoire ? il faut distinguer.

L'ascite en elle-même n'est nullement une gêne pour

l'ablation de la tumeur : elle s'écoule aussitôt l'incision de la paroi et l'opération se poursuit comme si elle n'avait pas existé ; mais nous avons vu qu'en même temps que l'ascite on rencontre presque toujours des adhérences, autre manifestation de la réaction péritonéale. Ces dernières compliquent un peu le manuel opératoire, elles exigent un peu plus de temps obligeant le chirurgien à un clivage soigneux des points adhérents et à des ligatures plus nombreuses car elles saignent abondamment. Mais ce n'est pas là ce qui peut aggraver beaucoup le pronostic de l'intervention, ni surtout avoir une influence quelconque sur la décision à prendre. D'ailleurs les adhérences existent fréquemment en dehors de tout épanchement péritonéal et jamais on n'a pensé à le considérer comme une contre-indication opératoire.

Nous disons donc pour conclure ce débat que :

L'ascite peu abondante (qui d'ailleurs passe souvent inaperçue) n'aura aucune influence au point de vue opératoire.

L'ascite abondante est toujours une indication pressante d'intervenir si l'état général le permet.

Traitée par l'ablation de la tumeur, l'ascite ne se reproduira pas ; elle n'aggrave en rien le pronostic opératoire proprement dit.

Il reste un certain nombre de cas où la laparotomie ne saurait être entreprise, soit à cause de l'état de cachexie trop avancé, soit à cause d'une lésion grave concomitante.

Dans ce cas il faudra se contenter d'un traitement palliatif : les ponctions répétées permettront à la malade un

peu de repos passager. Mais c'est là un pis aller ; et chaque fois qu'il sera possible, chaque fois qu'il restera quelque espoir, le vrai traitement de l'ascite, le seul qui permette une guérison définitive, c'est l'ablation du fibrome utérin.

CONCLUSIONS

L'ascite est beaucoup moins rare qu'on ne pourrait le croire au cours du fibro-myome utérin : elle existe dans un proportion de 10 o/o.

Le liquide, presque toujours citrin, est en quantité très variable.

La cause habituelle de l'ascite est l'irritation mécanique du péritoine par la tumeur qui n'a pas besoin d'être mobile pour produire cette irritation.

Les petites ascites ne jouent aucun rôle pronostic et ne comportent aucune indication thérapeutique spéciale.

Les grandes ascites aggravent l'état général : leur présence est une indication urgente d'ablation du fibrome chaque fois que l'état général le permet. Elles ne compliquent pas le manuel opératoire et n'aggravent en rien le pronostic de l'intervention.

OBSERVATIONS

Observations I et II

Cruveilher. — *Traité d'Anatomie Pathologique générale, t. III*

« 8° De l'ascite dans les cas de corps fibreux utérins. — Nous avons vu que la péritonite était excessivement rare dans les cas de fibromes utérins : il en est de même de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. Cependant j'ai observé dans mon service à l'hôpital de la Charité, plusieurs cas de ce genre :

En voici 2 exemples :

Première observation — Dans un cas d'ascite survenue chez une femme affectée d'un corps fibreux utérin depuis plusieurs années, la ponction, devenue indispensable, fut pratiquée. Elle ne tarda pas à être suivie d'une seconde, d'une troisième, etc... La malade succomba par suite de péritonite aiguë à la vingtième. La tumeur fibreuse était sous-péritonéale ; elle avait le volume de la tête d'un fœtus à terme. L'ascite, dans les cas de corps fibreux sous-péritonéaux est la conséquence d'une hydrophlegmasie du péritoine, et non de la compression des veines pelviennes ou abdominales.

Deuxième observation. — Une femme âgée de 40 ans entre le 20 novembre 1846, salle St-Joseph, pour une asci-

te qui datait de six ans et pour laquelle elle avait subi la ponction soixante fois. Cette femme mourut subitement le lendemain de la dernière ponction dans un état syncopal.

Ouverture.— Abdomen rempli de sérosité sanguinolente ; péritoine tapissé par une membrane extrêmement dure de plusieurs millimètres d'épaisseur ; trace non équivoque d'une pseudo membrane organisée ; tumeur du volume des deux poings réunis qui occupait le fond de l'utérus dont elle semblait la prolongation ; ovaires et trompes parfaitement sains et établissant par leur position une ligne de démarcation entre l'utérus et la tumeur. La tumeur fibreuse avait subi une altération très remarquable que je crois devoir dérire ici parce qu'elle fut jugée cancéreuse par plusieurs observateurs. Cette tumeur est bosselée à sa surface, de couleur violacée, molle, d'une mollesse fluctuante dans quelques points, si bien qu'on eût pu croire qu'elle était sur le point de s'ouvrir. Son tissu, d'une couleur lie de vin foncé, était pénétré de sang comme une éponge ; il se déchire avec facilité ; il y avait çà et là des foyers de sang altéré constitués par de la fibrine jaunâtre, et des amas de sang liquide ou de sérosité sanguinolente, infiltrés entre les éléments de la tumeur.

C'était un de ces amas de sang liquide qui, en soulevant l'écorce de la tumeur, déterminait et les bosselures de la surface et la fluctuation. Je n'avais jamais vu de tumeur fibreuse aussi fragile. Le doigt, enfoncé au milieu de ce tissu, en écartait sans résistance les différents éléments. C'était d'une part la fragilité, d'une autre part l'immense vascularité de la tumeur qui avait éloigné de l'idée du corps fibreux et fait admettre *une tumeur*

encéphaloïde primitive ou une dégénération encéphaloïde d'un corps fibreux.

Mais il rejette l'idée de tumeur maligne et admet d'ailleurs que jamais les fibromes ne dégénèrent en tumeur maligne.

Observation III

(Résumée)

Bulletin de la Société anatomique, 1877, p. 302. Richer, interne des Hôpitaux, rapporte l'observation suivante :

Fibro-myome utérin d'un volume énorme.

Julia M. . entre le 11 avril 1877 à la Pitié.

Jouissait d'une bonne santé quand, il y a deux ans et demi, son ventre a commencé à augmenter de volume. Elle n'a jamais eu de métrorrhagie ni de leucorrhée.

Etat actuel. — La face et les membres contrastent par leur amaigrissement avec le volume énorme de l'abdomen.

L'abdomen mesure $1^{m}02$ d'une épine iliaque à l'autre ; l'énorme masse déborde sur les flancs et soulève la base du thorax qui se trouve élargie.

L'oppression est considérable. Soulevée presque sur son séant par de nombreux oreillers, la malade ne peut conserver cette position qui lui permet de respirer un peu qu'à la condition d'écarter les deux cuisses entre lesquelles l'extrémité inférieure du ventre vient reposer sur le lit.

La paroi abdominale est œdématiée et sillonnée par des veines très dilatées.

A la palpation, masse dure et résistante occupe tout l'abdomen ; un peu de fluctuation dans le flanc gauche.

Le cœur et le poumon ne présentent rien d'anormal, les urines sont peu abondantes ; pas de fièvre.

Le 16 avril, l'oppression a augmenté, dyspnée pénible, anxiété, faiblesse extrême.

Mort le 14 avril.

Autopsie. — Paroi abdominale très épaissie par une infiltration séreuse. A l'ouverture du péritoine, une assez grande quantité de liquide citrin s'échappe de la cavité de la séreuse.

La tumeur occupe la partie inférieure gauche de l'abdomen ; elle est reliée par des adhérences nombreuses avec l'intestin et le mésentère. Elle se continue dans le petit bassin par un pédicule rétréci qui s'attache au fond de l'utérus. Son poids est de 26 kilogr. Elle est dure en totalité.

L'examen histologique indique la structure habituelle du fibro-myome utérin.

Observation IV

Bulletin de la Société de Chirurgie. 1883.

Rapport de M. Terrier, sur deux observations présentées par le Dr Villeneuve, de Marseille.

Nous citons la première, qui seule se rapporte à un fibrome utérin.

Mme S..., 32 ans, a eu deux grossesses et est accouchée dans les deux cas d'un enfant mort, mais à terme. Après son premier accouchement, la malade eut des troubles intestinaux, de la dysménorrhée et s'aperçut que son ventre augmentait de volume. Après la deuxième grossesse, la tuméfaction de l'abdomen augmenta rapidement et atteignit des proportions considérables en 8 mois.

En avril 1882, en même temps que l'énorme tumeur

abdominale, deux médecins constatèrent un double épanchement pleural sans fièvre qui, d'après eux, contrindiquait toute intervention chirurgicale.

M. Villeneuve vit la malade le 17 juin 1882, l'état moral et l'état général étaient excellents, pas d'épanchement pleural. L'abdomen mesure 1 mètre 66 au niveau de l'ombilic, la palpation permet de reconnaître une *couche d'ascite* et au-dessous d'elle une tumeur lisse, dure, *peu mobile*, remontant jusqu'à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde.

Au-dessus du pubis, et presque sous la peau, on constate la présence d'une autre tumeur ovoïde, mobile, ressemblant à l'utérus, mais qui serait un second fibrome distinct de la première tumeur.

Le col utérin, petit, immobile, est débordé de tous côtés par la tumeur abdominale qui fait saillie dans les culs-de-sac.

L'hystéromètre pénètre à 2 cm. 1/2 et des mouvements imprimés à la tumeur sous-pelvienne ne se communiquent pas à la tige de l'instrument.

Notons que cette néoformation n'avait pas donné lieu à des métrorrhagies.

L'opération fut faite le 20 juin 1882, avec l'aide du Dr Fienphe dans une chambre d'isolement de la clinique obstétricale.

Incision médiane, commençant à quatre travers de doigt du pubis et remontant un peu au-dessus de l'ombilic. L'incision péritonéale donne issue *à quatre litres de liquide ascitique* et quelques *adhérences épiploïques* sont sectionnées et liées au catgut.

Le volume considérable de la masse nécessite l'agrandissement de l'ouverture abdominale jusqu'à l'appendice xiphoïde : alors seulement elle peut basculer et être atti-

rée au dehors. Après un examen attentif on reconnut que la tumeur s'implantait sur toute la moitié postérieure du col utérin, col lui-même très allongé et hypertrophié ; en bas la tumeur arrive jusqu'à la limite du cul de-sac vaginal postérieur, en haut elle empiète sur le quart inférieur de la face supérieure de l'utérus. Ce dernier, infléchi en avant, n'était autre que la tumeur sous-pelvienne prise pour un fibrome.

Le ligament large est soulevé et déplissé par la tumeur qui paraît aussi adhérer au pourtour du petit bassin. L'ovaire gauche est appliqué contre la tumeur.

Le ligament large droit et l'ovaire droit sont sains et libres.

Suit le manuel opératoire.— La malade présente un peu de fièvre les jours qui suivent l'opération ;, une légère hémorragie par le vagin le dixième jour.

Enfin, la malade put quitter l'hôpital un mois après avoir été opérée.

La tumeur enlevée pesait 8 k. 600 gr., elle offre à la coupe l'aspect d'un fibrome à noyaux multiples ; le corps utérin, situé en avant de la tumeur, est presque normal ; quant au col, il est très allongé, car la partie enlevée mesure 7 centimètres.

Observation V

Terrier. Société de Chirurgie, du 28 novembre 1883.

Mme R..., de Moulins, 39 ans, n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches : métrorrhagies qui disparaissent ; les règles même cessent de se montrer.

En avril 1883, le ventre grossit et la malade est obligée

de s'aliter vers mai. Ponction le 12 mai par le docteur Méplain qui retira 12 *litres de liquide* et m'adressa la malade.

L'état général est très mauvais, œdème considérable des membres inférieurs et du dos, ascite très développée ; tumeur faisant corps avec l'utérus et repoussant les culs-de-sac vaginaux, sauf à gauche.

Pas de fièvre. Une nouvelle ponction évacue 10 *litres de liquide* qui se reproduit très rapidement.

Le 10 juillet 1883, opération faite en ville avec l'aide de mes collègues Périer, Championnière et Berger : Incision jusqu'au péritoine, écoulement de 6 *litres d'ascite* ; on met à nu une masse solide du volume d'une tête d'adulte, adhérente aux deux ligaments larges et faisant corps avec l'utérus. L'opération, faite d'après la méthode de Lister, a duré 1 h. 38 minutes.

Après une longue suppuration de la poche drainée, qui nécessita des soins minutieux, la malade put se lever au bout d'un mois. La fistule persista assez longtemps et ne suppura plus deux mois après l'opération. De plus, les règles sont revenues et continuent à couler périodiquement, comme avant l'opération, en quantité normale. Le trajet fistuleux persiste encore, mais on ne peut y faire pénétrer un fin stylet qu'à 3 ou 4mm de profondeur.

Observation IV

(Terrillon communique à la Société de chirurgie (18 juillet 1888) un cas d'ascite chyleuse)

Mme X..., âgée de 35 ans, s'est aperçue il y a 8 ans, que son ventre augmentait de volume, sans douleur, mais avec un amaigrissement général assez rapide. Elle suivit

d'abord un traitement médical prolongé qui n'amena aucune amélioration notable si ce n'est que les purgations paraissaient faire diminuer notablement le volume du ventre. Jamais elle n'a habité les pays chauds. En 1886 elle subit une première ponction qui évacue 5 à 6 litres de liquide, dont la couleur a été vaguement indiquée et l'analyse n'a pas été faite.

Le ventre se remplit assez rapidement et resta stationnaire jusqu'en 1887. Une nouvelle ponction donna 8 litres de liquide couleur café au lait. L'analyse du liquide fut pratiquée cette fois par M. le pharmacien en chef du laboratoire, le 6 juillet 1887 : cette analyse ne mentionne pas la quantité de matières grasses.

On conclut qu'il ne s'agissait pas d'une ascite à cause de la quantité de matières fixes qui dépassait 60 grammes et la présomption fut que c'était probablement un kyste de l'ovaire ou autre.

Après cette ponction le ventre se remplit de nouveau et jusqu'au mois de mai 1888 il sembla rester stationnaire, avec des alternatives de tension plus grande. Toujours même maigreur de la malade avec anéantissement des forces ; cependant elle pouvait marcher un peu. La malade vint me voir en mai 1888, me demanda de faire quelque chose pour la soulager. Je constatai l'ascite bien nette occupant l'abdomen. Par le toucher, il me sembla sentir, dans un cul-de-sac de Douglas, un peu haut, une masse dure.

En présence de l'ascite persistante, et malgré la résistance de la malade, je fis l'hypothèse qu'il s'agissait là d'une de ces ascites symptomatiques de tumeurs végétantes bénignes du petit bassin... L'opération fut acceptée et pratiquée le 1 juin 1888. Lorsque le péritoine fut ouvert, je pus extraire 8 litres de liquide analogue par sa couleur

à du café au lait. Je pensai de suite à l'ascite chyliforme.

Le péritoine étant vidé, je reconnus que toute sa surface, y compris celle de l'intestin, était rouge tomenteuse, analogue à du velours et saignant au moindre contact. Cet état était surtout très marqué au niveau du mésentère qui était comme boursouflé et présentait à sa surface des saillies mamelonnées et rougeâtres.

Me rappelant l'opinion soutenue par Strauss sur la cause de ces ascites, après l'avoir vérifiée à la suite d'une autopsie, je cherchai si je trouverais des ouvertures de fistules lymphatiques ou le mésentère. Mais je ne pus rien constater de semblable. Sans nier qu'elles aient pu exister, je ne puis dire qu'une chose, c'est que je ne les ai pas constatées.

Avant ces recherches, j'avais exploré avec soin le petit bassin dans l'espoir de trouver la cause de cet épanchement. Je trouvai bien, annexé à l'utérus, à droite et faisant corps avec lui, *un fibrome du volume d'une orange faisant saillie dans la cavité péritonéale.* Mais il ne sembla pas que la présence de ce fibrome sessile pût occasionner une maladie aussi étendue du péritoine. Cette tumeur correspondait bien à celle que j'avais sentie par le toucher vaginal. Après avoir enlevé la totalité du liquide, mais sans trop tourmenter le péritoine tomenteux et saignant facilement, je fermais la plaie avec cinq sutures au crin de Florence.

Les suites furent parfaites ; il n'y eut ni fièvre, ni récidive d'aucune sorte ; mais le liquide se reproduisit lentement et actuellement, 20 juillet, le ventre a à peu près le volume qu'il présentait avant l'opération quoique étant moins tendu.

L'analyse pratiquée par M. Audenet montra que ce liquide contenait des matières grasses en abondance.

Observation VII

Société de Chirurgie, 18 juillet 1888.

Bouilly, dans la discussion qui suivit l'exposé de Terrillon, rapporte le cas suivant :

Tout dernièrement j'ai vu une malade porteuse d'une énorme ascite (une ponction faite en province avait fourni 14 litres de liquide). On sentait profondément dans le ventre une tumeur fixe qui semblait immobile. Je songeai tout naturellement à une production, probablement maligne, de l'ovaire, et j'entrepris la laparotomie avec l'idée que je rencontrerais certaines difficultés opératoires. Aussi, quel ne fut pas mon étonnement, le ventre ouvert, de ne trouver qu'un *fibrome utérin parfaitement régulier*, avec un petit pédicule, trop court assurément pour que la tumeur ait pu, par ses mouvements, agacer le péritoine et provoquer la formation de l'épanchement liquide.

La séreuse était rouge, saignante, il se produisit même une hémorragie *ex vacuo* assez notable, mais qui fut facilement arrêtée. L'opération, en somme, fut facile ; je fis la résection du fibrome et la malade guérit bien.

Observation VIII

Thèse Demanké, Paris 1897 (Observation IV)

Delphine J.., 41 ans, épicière. Entrée le 26 avril 1892.

Antécédents. — Deux accouchements, le dernier il y a onze ans.

Bien portante jusqu'à il y a deux ans, époque à laquelle le ventre commença à augmenter de volume et quelques douleurs apparurent. Augmentation considérable depuis un an. Au niveau de l'ombilic, circonférence : 1,40. Distance du pubis à l'ombilic : 0,40. De l'ombilic à l'appendice xiphoïde : 0,36. *Ascite notable. Bon état général.*

Petite hernie ombilicale. Paroi abdominale infiltrée, œdème et varices lymphatiques.

Laparotomie le 3 mai 1892. A l'incision du péritoine, issue de sérosité rougeâtre (10 *litres environ*). Fibrome kystique du volume d'une tête d'adulte. Trompe gauche kystique. Annexes droites également altérées. Le fibrome est implanté sur la face antérieure et le bord supérieur de l'utérus.

Le lien élastique prend l'utérus assez bas. Les deux annexes sont enlevées avec le fibrome, et le pédicule étant mince, est réduit dans l'abdomen. Drainage à la gaze iodoformée à cause de l'épanchement péritonéal abondant.

Suites opératoires. - Très simples. Suppression du drainage quarante-huit heures après. Dans les premiers jours de juin, leucorrhée abondante, sans douleur. La malade quitte l'hôpital le 25 juin. Le lien élastique est tombé le 14 juillet dans l'injection vaginale, et depuis la sécrétion purulente a disparu.

Observation IX

Gazette des Hôpitaux, 1903, p. 619. — De l'ascite dans les fibromes utérins. M. Delore rapporte une observation prise par M. Piollet dans le service du Pr Poncet.

Marie B..., 47 ans, ménagère, entre le 6 octobre 1902 dans le service de M. le Pr Poncet.

Pas d'antécédent particulier.

Elle a eu 3 enfants et n'a jamais eu de fausse couche.

Réglée régulièrement, peu abondamment autrefois ; depuis 4 ou 5 ans les règles sont devenues plus abondantes, elles durent plus longtemps. Jamais elle n'a eu de métrorrhagie entre les règles. Aucun traumatisme à signaler.

Il y a environ 3 ans que son ventre s'est mis à grossir. Deux mois après qu'elle s'en fût aperçue, le docteur Jamin lui dit qu'elle avait un fibrome. Depuis lors, le ventre a augmenté progressivement de volume et a pris dans ces derniers temps un développement énorme. Aussi le docteur Reboul lui fit-il deux ponctions à peu de distance l'une de l'autre. La première donna issue *à 11 litres* de liquide citrin, la seconde *à 13*.

A la suite de la ponction on pouvait sentir une volumineuse tumeur.

La malade vient très amaigrie, très pâle, pouvant à peine marcher, dyspnéïque, ayant depuis plusieurs semaines de l'œdème des membres inférieurs, cœur faible mais régulier.

Le ventre est énorme, mesurant 135 centimètres de circonférence maxima. On a tous les signes *d'une ascite*

très considérable, tendue, empêchant toute palpation profonde. Cependant, en refoulant le liquide, on arrive à sentir par places la tumeur dure sous-jacente. Le toucher vaginal montre seulement des culs-de-sac qui bombent, distendus par le liquide. Prolapsus génital.

Bien qu'une intervention demandée par la malade lui ait été refusée récemment à la Charité à cause de son état général, on décide une intervention.

Le 7 octobre, M. Delore fait une laparotomie sous-ombilicale.

L'ouverture du péritoine donne issue à un liquide citrin très abondant dont on recueille *25 litres*. On arrive alors sur une énorme tumeur développée aux dépens du fond utérin, adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen et nécessitant l'agrandissement sus-ombilical de l'incision, qui est prolongée jusqu'à l'appendice xiphoïde.

On décolle les *adhérences pariétales*, puis on luxe la tumeur, qui est adhérente aussi à l'S iliaque. Ligature et section de ces brides.

En outre du pédicule qui rattachait la tumeur à l'utérus, deux pédicules la relient encore au plancher pelvien au niveau des ligaments larges. Ils sont sectionnés et finalement la tumeur est détachée du fond utérin.

Elle est fluctuante, fibro-kystique, avec des veines énormes à la surface et pèse 15 kilos. Hémostase. On met un petit mikulicz dans le bassin, une compresse est laissée à la partie supérieure au contact de la paroi, là où se trouvaient les adhérences.

Hystéropexie ; omphalectomie, suture.

Les suites opératoires furent d'abord assez simples. Mais après l'ablation du mikulicz (au septième jour), bien qu'un drain fût laissé dans le petit bassin, il se fait une

collection dans le douglas. Colpotomie postérieure le 27 octobre.

Dès lors, amélioration rapide de l'état général. Mais il reste à la limite inférieure de la cicatrice un orifice fistuleux laissant écouler quelques gouttes de pus. La malade part le 20 novembre.

Elle est revue le 8 janvier 1903 en excellent état général, ayant engraissé et ne souffrant pas. Elle a un peu d'éventration. Il persiste une petite fistulette ne donnant presque rien et très bien tolérée. *L'ascite ne s'est nullement reproduite, un toucher vaginal minutieux ne révèle pas le plus petit épanchement*, Cœur à bruits normaux, sans souffle.

25 mars 1903, même situation.

L'examen cytologique du liquide donné par l'opération n'a pas été pratiqué, ce liquide ayant été égaré par mégarde.

Observation X

(Inédite. — Communiquée par le docteur Platon, chargé de cours de clinique gynécologique. Marseille)

Fibrome utérin. — Hystérectomie totale pendant laquelle on trouve une ascite assez notable. — Guérison.

Mme X..., 56 ans, vient me consulter parce qu'elle a, depuis quelques mois, des hémorragies abondantes au moment des époques menstruelles et entre ces époques. Dans ces derniers temps, les hémorragies se sont rapprochées au point d'être presque continuelles. Elle se plaint de faiblesse et d'amaigrissement rapide.

Ses antécédents personnels sont excellents ; je ne découvre aucune tare héréditaire sauf l'arthritisme ner-

veux de Richelot. La malade a éprouvé quelques douleurs mais peu violentes. Elle ne présente aucun symptôme de compression rectale, mais il n'en est pas de même du côté de la vessie : troubles de la miction.

A l'examen, le ventre semble un peu ballonné, il est légèrement douloureux à la pression ; cependant la paroi se laisse facilement déprimer, permettant de reconnaître un utérus fibromateux, mobile, gros comme une tête d'adulte. La palpation ni le toucher vaginal ne révèlent aucun épanchement péritonéal.

L'état général est mauvais, la malade est très amaigrie.

Hystérectomie totale par voie haute, il y a un an et demi.

Le péritoine est enflammé, présentant une surface rouge, tomenteuse ; on trouve *un liquide citrin assez abondant dans le cul-de-sac postérieur*. La tumeur est reliée par *quelques adhérences à la paroi postérieure* ; les annexes sont enflammées.

Après hystérectomie totale, facile, malgré ces quelques adhérences, on laisse un drainage abdominal. Guérison opératoire en huit jours. Depuis Mme X... vient me voir régulièrement tous les mois ; elle est en parfait état et ne présente plus aucun trouble.

Observation XI

Inédite. — Communiquée par le Dr Platon, chargé du cours de clinique gynécologique. — Marseille. — (II).

Double fibrome utérin : 1° Sous-péritonéal ; 2° Intra-utérin sphacélé s'accompagnant d'ascite. — Mort avant l'hystérectomie.

Il s'agit d'une vieille fille de 49 ans. Lorsque je la vis, son état général était très mauvais : amaigrissement, cachexie avancée.

A l'examen : ventre ballonné, douloureux à la pression, troubles digestifs, mais pas de vomissements.

On constate facilement un épanchement abondant, recouvrant un fibrome énorme de l'utérus assez mobile, s'étendant jusqu'à l'ombilic et sur les flancs.

Par le toucher vaginal, on trouve un autre fibrome sphacélé dans la cavité utérine.

Comme la réaction péritonéale est assez vive et que la malade est infectée par ce sphacèle intra-utérin, l'on met de la glace sur le ventre et l'on extirpe immédiatement la tumeur intra-utérine : grands lavages utérins immédiats et les jours suivants.

A la suite de ce traitement, l'on attendit que l'état général, très mauvais, s'améliorât pour tenter une myomectomie ou une hystérectomie abdominale, mais l'état empira rapidement et la malade succomba avec des symptômes de cachexie et de septicémie chronique sans réaction thermique notable.

Observation XII

(Inédite)

Observation étudiée dans le service de M. le professeur de Rouville
Hôpital Suburbain, Montpellier

Mme P... 37 ans, entrée à l'hôpital le 17 octobre 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort affection pulmonaire deux mois avant le mariage de la malade. Mère en bonne santé, ainsi qu'un frère et une sœur ; 7 frères ou sœurs morts en bas âge avant la naissance de la malade.

Antécédents personnels. — Variole à l'âge de 8 mois. Erysipèle de la face à l'âge de 16 ans. Bonne santé habituelle. Depuis deux ans la malade a beaucoup maigri.

Réglée à 12 ans. Règles régulières assez abondantes (5 à 6 jours), non douloureuses, sans caillots. Mariée en 1901.

Premier accouchement 10 mois après. Grossesse douloureuse (la malade constate l'existence d'une tumeur douloureuse à la pression et par la fatigue). Bon accouchement ; 8 jours de lit ; pas de fièvre. Les règles se rétablissent immédiatement.

Deuxième accouchement en 1904. Bonne grossesse. Bon accouchement. 8 jours de lit, sans fièvre. Les règles reprennent trois mois après.

Maladie actuelle. — Dès le premier mois de la première grossesse, la malade constate l'existence d'une petite tumeur située du côté gauche, ayant le volume d'une noix, douloureuse à la pression, plus douloureuse encore par la fatigue.

Pendant toute la durée de la grossesse la tumeur augmente de volume. Au moment de l'accouchement, elle a le volume d'une tête d'enfant. La consistance en est très dure.

Depuis cette époque la tumeur semble avoir gardé le même volume.

Depuis deux ans, la tumeur restant toujours stationnaire, le ventre augmente de volume, s'étalant dans les flancs.

Douleurs donnant la sensation de pesanteur accrues par la fatigue. Dans la position horizontale, ces douleurs sont irradiées vers les reins. Fréquemment crises plus vives, exaspération de la douleur, coliques très pénibles.

Les règles sont toujours normales. La malade n'a noté aucune modification. Jamais de pertes blanches. Amaigrissement notable depuis deux ans.

Examen le 18 *octobre* 1907. — Ventre volumineux étalé dans les flancs. L'ombilic est déplissé, saillant.

Eventration médiane occupant toute la hauteur de l'abdomen. — Ascite A la palpation, on sent une tumeur située au niveau de l'hypogastre, prenant naissance immédiatement au dessus du pubis et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur donne à la main l'impression de choc fœtal.

Toucher. — Vulve, vagin normaux. Col : déchirure légère, transversale.

La tumeur paraît indépendante de l'utérus. On ne perçoit rien dans les culs-de-sac ; on note la présence du liquide refoulant la tumeur, que l'on peut cependant faire bomber légèrement dans le cul-de-sac antérieur.

Le fond de l'utérus est senti à deux travers de doigt au dessus du pubis. Il est très mobile, rejeté à droite et en arrière.

La tumeur paraît donc développée aux dépens des annexes gauches.

Opération le 23 *octobre* 1907. – Laparotomie. Incision de l'ombilic au pubis (peau, aponévrose très amincies, péritoine). Il s'écoule 8 à 10 litres d'ascite (liquide citrin). Il existe une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, largement pédiculée sur le fond de l'utérus et qui adhère largement au péritoine au niveau du détroit supérieur (partie gauche). On l'énuclée hors du ventre avec peine et la main qui le contourne déchire une foule d'adhérences fines qui saignent beaucoup et rougissent le liquide ascitique. On incise cette grosse adhérence après l'avoir prise entre les mors d'une pince ; on incise de même le large pédicule d'insertion de la tumeur. Ligature de l'adhérence gauche et du pédicule ; mais celui-ci saigne abondamment, renfermant de gros sinus. Suture à points séparés au catgut n° 2, des lèvres du pédicule prises profondement avec l'aiguille. Un petit

suintement persiste, insignifiant, mais nécessitant le drainage. Ablation de l'ovaire très gros et scléro-kystique droit ; l'ovaire gauche est gros aussi ; on le ponctionne au thermocautère en différents points. La trompe gauche paraît saine. L'utérus normal. Les deux annexes dans le Douglas sans adhérences. Drain de Tuffier avec mèche de gaze dans le Douglas, la mèche recouvrant le pédicule suintant, Cure radicale de l'éventration et fermeture de la paroi à 3 plans. 500 gr. de sérum immédiatement.

Examen histologique (*Ed. Bosc*). — C'est du fibromyome myxomateux et très vascularisé.

Premier pansement. On enlève le drain métallique et les gazes.

30 *octobre* 1907. — Second pansement. Ablation des fils. On laisse les deux fils limitant la place du drain en haut et en bas. Cicatrisation parfaite.

6 *novembre* 1907. – Ablation des deux derniers fils.

Suites opératoires. — A la date du 1er juin, la malade écrit à M. le professeur de Rouville qu'elle est en excellente santé et en tous points satisfaite de son opération.

BIBLIOGRAPHIE

CRUVEILHIER. — Traité d'Anatomie pathologique. T. III.

GRELLET DE FLEURETTE-SURY. — Bulletin de la Soc. anatom. 1853, p. 154.

RENAULT. — Bulletin de la Soc. anatom. 1872.

RICHER. — Bulletin de la Soc. anatom. 1877, p. 302.

BASTARD. — Thèse Paris. 1882.

TERRIER. — Bulletin de la Soc. de chirur. 1883, p. 861.

KŒBERLÉ. — Gazette médic. de Strasbourg. 1884, p. 141.

— Rapport au Congrès de Copenhague. 1884.

TERRILLON. — Bulletin de la Soc. de chirur. 1888, p. 626.

COFFIN. — Thèse Paris. 1889.

SÉBILEAU. — Thèse Paris, 1889.

DEMANTKÉ. — Thèse Paris. 1897.

The Lancet. Février 1903, p. 418.

DELORE. — Gazette des Hôpitaux. 1903, p. 619.

PALLANDA. — Thèse Lyon. 1904-05.

PIGNAUD. — Thèse Paris. 1905-06.

JAMAIN. — Thèse Paris. 1907.

LEDENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.

POZZI. — Traité de Gynécologie.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de Gynécologie.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 12 juin 1908.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 12 juin 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle a mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !